

.....  
/pieczęć zakładu opieki zdrowotnej/

.....  
/miejsowość i data/

### ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane dla potrzeb MOPR w Suwałkach, wskazujące na potrzebę zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny\*

wypełnia w całości lekarz, łącznie z danymi osobowymi

1. Imię i nazwisko .....

PESEL

Adres zamieszkania: **Suwałki, ul.** .....

2. Rodzaj niepełnosprawności uzasadniającej potrzebę zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny:

.....  
.....  
.....

3. Stwierdza się potrzebę prowadzenia rehabilitacji w warunkach domowych przy użyciu sprzętu rehabilitacyjnego wymienionego poniżej:       TAK       NIE

4. Zalecany sprzęt do rehabilitacji w warunkach domowych związany z indywidualnymi potrzebami wynikającym z niepełnosprawności: .....

.....  
.....  
.....  
.....

5. Uzasadnienie potrzeby rehabilitacji w warunkach domowych :.....

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

.....  
/pieczęćka i podpis lekarza specjalisty/

\***SPRZĘT REHABILITACYJNY** zgodnie z definicją słownikową, to sprzęt niezbędny do prowadzenia zajęć rehabilitacyjnych mających za zadanie osiągnięcie przy aktywnym uczestnictwie osoby niepełnosprawnej możliwie najwyższego poziomu jej funkcjonowania, jakości życia i integracji społecznej.